

# Kartlegging av pasient

# Kartlegging av funksjonsnivå



Personopplysning						
Navn		Fødselsnr.	-			
Adresse		Tlf./mobil				
Nærmeste pårørende:		Tlf./mobil				
Verge:		Tlf./mobil				
Vurdert av tann- helsepersonell. <a href="#">vurder også innmelding til tannlege</a>			Ja, dato	<input type="checkbox"/> Nei		
Fastlege:		Vurdert av lege:	Ja, dato	<input type="checkbox"/> Nei		
<b>Hva er viktig for deg?</b>  Med det tenkes, hva pasienten opplever som viktig for å greie hverdagen, samt at pasienten selv kan definere noen egne mål.	På en skala fra 1-10 hvor vanskelig er det å gjøre/utføre det som er viktig for deg?					
<b>Diagnose(r)</b>						
<b>Vekt (endring?):</b>	<b>Høyde:</b>	<b>Temp:</b>	<b>Resp.fr:</b>	<b>SaO2:</b>	<b>Puls:</b>	<b>BT:</b>
<b>Trengs hjelp til medisinadministrering:</b>	<b>Oppdatert medisinkort:</b>		<b>Cave:</b>	<b>Legemiddelgjennomgang: (for inst. med unntak av terminale)</b>		
Multidose <input type="checkbox"/>						
Dosett <input type="checkbox"/>						
Trenger ikke hjelp <input type="checkbox"/>						

4m gangtest:								
Instruksjon: Gå i ditt vanlige tempo. Stoppeklokken startes i det personen begynner å gå, og stoppes etter 4 meter.						<b>Resultat:</b>		
Over 6 sekunder			Mellom 4-6 sekunder			Under 4 sekunder		
Funksjonssvikt svært nedsatt.			Begynnende funksjonssvikt			Normal		
Bruk av teknologi								
Teknologi	Har dette			Mestrer selv			Mestrer selv	
Mobil	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Besvare anrop	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ringe ut	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nettbrett	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruker nettbrett/PC?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Husker pin-koder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Fjernkontroll	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruker fjernkontroll?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Har mobildekning/internett?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Eventuell annen teknologi bruker har/bruker								
Hjelpemidler/ sikkerhet i hjemmet/ brann:						<ul style="list-style-type: none"> <li>Er det bestilt nye hjelpemidler? Er de på plass? Behov for opplæring?</li> <li>Er det behov for nye hjelpemidler? Evt. bestill.</li> <li>Kan pasienten bruke trygghetsalarmen? Test</li> </ul>		

# Kartlegging av funksjonsnivå



1. Utgjør ingen problem/utfordring	4. Store behov for bistand/assistanse/helsehjelp
2. Ikke behov for bistand/assistanse/helsehjelp	5. Fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp
3. Middels behov for bistand/assistanse/helsehjelp	9. ikke relevant, benyttes helst ikke

Alminnelig husarbeid			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Vaske opp	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vaske klær	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vaske gulv	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Støvsuge/tørk støv	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ta ut søppel	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Skifte sengetøy	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b> Robotstøvsuger?									

Skaffe varer og tjenester			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Bruk av post, bank, offentlig kontor	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruk av penger i det daglige	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Komme seg til/fra butikken	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Finne frem i butikken	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kjøre riktig vare/mengde	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>				
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

Kle av og på seg			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Finne frem klær	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kle av og på seg	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Rett klær til situasjon, vær	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

Personlig hygiene			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Dusje	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hårvask	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kroppsvask	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Barbering	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Tannhygiene	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Tannproteser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

# Kartlegging av funksjonsnivå



Gå på toalettet			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Selvhjulpen på toalettet	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Tilretteleggingsbehov	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Inkontinent / blåresept?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									
<a href="#">Toalett Bano?</a>									
Toalett fra hjelpemiddelsentralen									

Lage mat			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Tilberede tørr mat	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Tilberede varm mat	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Koke kaffe/te	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b> (hvor mange måltider daglig?)									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

Spise			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>OBS</b>			
Spise	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Spesiell diett, mat-intoleranse	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Angående spesialkost, meld fra til kjøkken			
<b>Kommentar:</b>									
<b>Fare for underernæring?</b>									
Vekttap siste måned?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	<b>Dersom ja på ett eller flere → ernæringsplan/tiltak skal utarbeides</b>						
Redusert næringsinntak siste måned?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>							
Er KMI for lav?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>							

Bevege seg innendørs			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Ta seg frem på egenhånd	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Risiko for fall, forebyggende tiltak	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Er det mulig å styrke evnen til å bevege seg inne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<a href="#">Verktøy ved fallrisiko, trykk her.</a>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

Bevege seg utendørs			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Ta seg frem på egenhånd	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kjøre egen bil	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruk av offentlig transport	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>									

# Kartlegging av funksjonsnivå



Ivareta egen helse		IPLOS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tema	Mestrer selv	Tema	Mestrer selv		Tema	Mestrer selv		
Bestille time hos lege/ behandler	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppsøke lege/ behandler	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hente medisiner	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Administrere egne medisiner	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Bruk av dosett/ multidose	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Egentesting, blodsukker	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>								
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>								

Hukommelse		IPLOS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tema	Mestrer selv	Tema	Mestrer selv		Tema	Mestrer selv		
Gjenkjenner personer	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppfatter tid og sted	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Husker planer for dagen/uka	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Behov for hjelpemidler	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er personen under utredning	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vurderes det behov for utredning	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>								
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>								

Kommunikasjon		IPLOS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tema	Mestrer selv	Tema	Mestrer selv		Tema	Mestrer selv		
Verbal forståelse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Evne til å uttrykke seg verbalt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Evne til å uttrykke seg nonverbalt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Bruk av kommunikasjons-hjelpemidler	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Forståelse av «sosiale koder», sosialt samspill	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>				
<b>Kommentar:</b>								
<b>Hjelpemiddelbehov:</b>								

Beslutninger i dagliglivet		IPLOS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tema	Mestrer selv	Tema	Mestrer selv		Tema	Mestrer selv		
Tar selvstendige valg	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Forstår konsekvenser av egne valg	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Takler uforutsette hendelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Velger mellom samtaletemaer	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Kan starte og avslutte temaer selvstendig	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vurdert behov for verge	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>								

# Kartlegging av funksjonsnivå



Styre egen atferd			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Kontroll over egne impulser	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kontroll over verbal og fysisk aggresjon overfor seg selv eller andre	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ser og forstår egen rolle etter konfliktsituasjoner	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									

Sosial deltagelse			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Delta på sosiale aktiviteter	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Opprettholde sosialt nettverk	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bli kjent med nye mennesker	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Holde kontakt med venner og familie	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b> Nettbrett?									

Syn			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Er det identifisert syns-problemer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruker synshjelpemidler	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Evner å orientere seg i kjente omgivelser	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									

Hørsel			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Tunghørt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Bruker hjelpemidler	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Behov for utredning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									

Ivareta egen økonomi			IPLOS	1	2	3	4	5	9
<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		<b>Tema</b>	<b>Mestrer selv</b>		
Betaler regninger	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hjelp av pårørende	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Trenger verge	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
<b>Kommentar:</b>									

Velferdsteknologi, som kan være aktuelt:	
Dørsensor <input type="checkbox"/>	Brannalarm knyttet til trygghetsalarm <input type="checkbox"/>
Mobil trygghetsalarm med GPS <input type="checkbox"/>	Fallalarm <input type="checkbox"/>
GPS med tanke på sporing <input type="checkbox"/>	Digitalt tilsyn, kamera teknologi <input type="checkbox"/>
Komfyrvakt <input type="checkbox"/>	Andre behov _____

# Kartlegging av funksjonsnivå



## For kontroll av IPLOS (jf. IPLOS-fanen i brukerkortet)

Område	Sett kryss på rett alternativ			
Husstand	<input type="checkbox"/> Bor alene	<input type="checkbox"/> Bor hos foreldre	<input type="checkbox"/> Bor sammen med andre	
Omsorg for barn	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nei	
Privat hjelp	<input type="checkbox"/> Ja, inntil 3 t/uke	<input type="checkbox"/> Ja, 3 - 9 t/uke	<input type="checkbox"/> Ja, 9 - 15 t/uke	
	<input type="checkbox"/> Ja, 15 t/uke og mer	<input type="checkbox"/> Ja, ukjent omfang	<input type="checkbox"/> Nei	
Individuell plan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ønsker ikke	<input type="checkbox"/> Ikke relevant
Behov for bistand arb./utdanning	<input type="checkbox"/> Ja, behov for bistand	<input type="checkbox"/> Nei, ikke behov for bistand	<input type="checkbox"/> Ikke relevant	
Mottar bistand arb./utdanning	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	
Behov for transport arb./utdanning	<input type="checkbox"/> Ja, behov for bistand	<input type="checkbox"/> Nei, ikke behov for bistand	<input type="checkbox"/> Ikke relevant	
Mottar transport arb./utdanning	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	
Behov for bistand org./kultur/fritid	<input type="checkbox"/> Ja, behov for bistand	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	<input type="checkbox"/> Ikke relevant	
Mottar bistand org./kultur/fritid	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	
Behov for transport org./kultur/fritid	<input type="checkbox"/> Ja, behov for bistand	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	<input type="checkbox"/> Ikke relevant	
Mottar transport org./kultur/fritid	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	
Medisinstøtte, digital	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	
Varslingsteknologi	<input type="checkbox"/> Ja mottar bistand	<input type="checkbox"/> Ja, mottar bistand, men udekket behov	<input type="checkbox"/> Nei, mottar ikke bistand	

## Tilleggsopplysninger/annet

Sjekkliste	Ja	Nei	Ikke aktuelt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dato: \_\_\_\_\_ Signatur kartlegger \_\_\_\_\_

*[Skriv inn undertittel for dokumentet]*